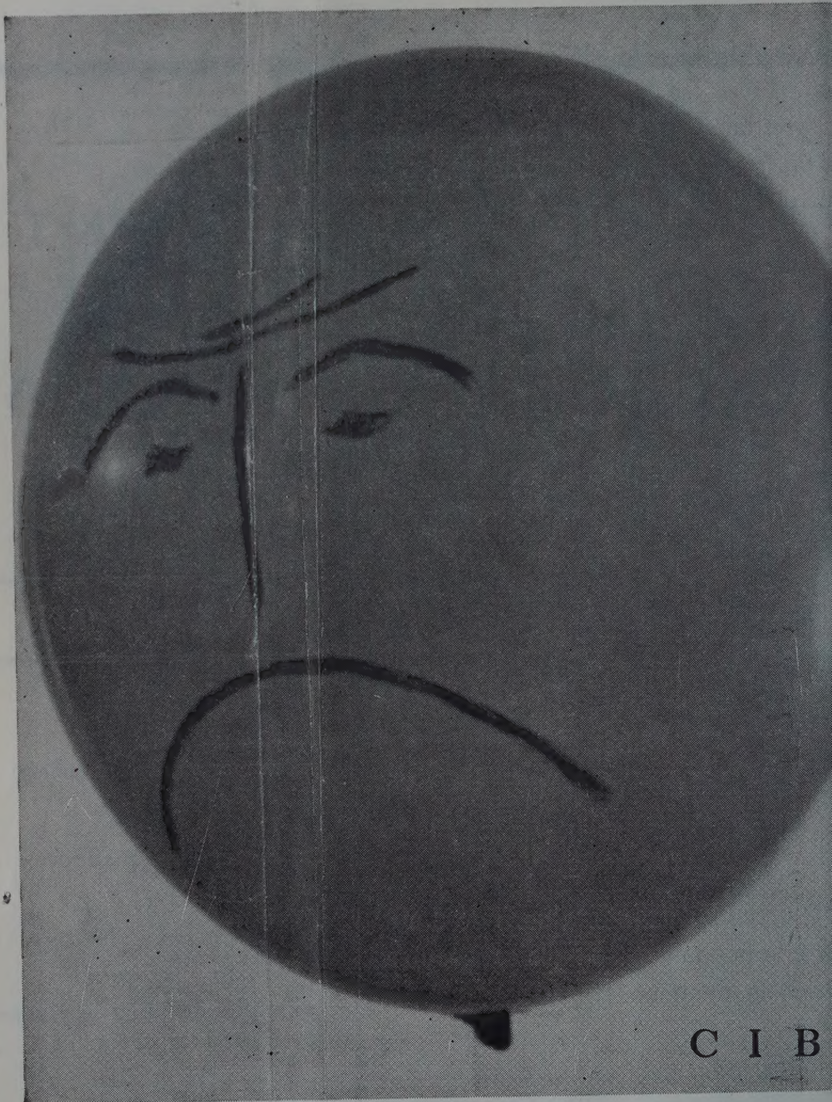
SAINT LUC MEDICAL

1969 N° 5

SOMMAIRE


C I B

les rapports médecin-malade

A l'Université de la Paix, à Tihange près de Huy, s'est tenu les 3 et 4 mai derniers le 75e week-end de rencontre, ayant pour thème **« les rapports médecin-malade ».**

Ce thème avait été choisi par le Père Pire lui-même, mais sa mort prématurée a interrompu brutalement sa prodigieuse activité. Ses fidèles collaborateurs ont décidé de faire tout leur possible pour continuer ces week-end de rencontre qui lui étaient particulièrement chers et de poursuivre dans tant d'autres domaines, l'œuvre admirable qu'il avait entreprise.
Son souvenir a été présent dans le cœur de tous ceux qui ont participé à ce week-end et un hommage ému a été rendu à sa mémoire.

Le programme de ces deux journées comportait quatre exposés :

La psychologie du malade par le Père Troisfontaines,

Les rapports médecin-malade dans la pratique privée, par le professeur Van Gehuchten.

Les rapports médecin-malade à l'hôpital et en clinique, par le professeur Dereymacker.

Le rôle du médecin de famille, par le Dr Declerck.

Dans le programme primitif, ce dernier exposé devait être fait par notre regretté confrère, le Dr Van Grunderbeek. Mais hélas, lui aussi a été enlevé prématurément en pleine activité. L'œuvre qu'il réalisait dans Medicus Mundi dont il était la cheville ouvrière avait été chère au Père Pire et tous les assistants ont associé le souvenir des deux défunts dans leur pensée reconnaissante. Nous n'avons pas le texte des exposés du Père Troisfontaines et du professeur Dereymacker et nous nous bornerons à en donner un bref résumé. Nous espérons pouvoir publier plus tard l'exposé du Dr Declerck.

Parlant de la **psychologie du malade,** le Père Troisfontaines pense que le médecin ne tient pas assez compte de l'angoisse de beaucoup de malades. Cette angoisse est souvent due à une menace imprécise dont il importe de trouver la cause. Elle peut être la conséquence de la maladie, mais elle peut aussi la provoquer ou aggraver un état préexistant. Parfois elle est comme

un refuge. Son apparition peut être favorisée par une hypersensibilité neuro-végétative se manifestant par de la tachycardie, de l'oppression, des spasmes. Il appartient au médecin de tout mettre en œuvre pour la calmer. Ici interviennent l'accueil, la compréhension, le réconfort, l'aide que tout malade doit pouvoir trouver chez son médecin. Un bon médecin doit être un bon psychologue, il doit faire naître et savoir entretenir l'espoir. Il importe donc que sa formation psychologique l'aide à mieux comprendre et à mieux remplir sa tâche.

Les problèmes du libre choix, du secret médical, de l'accueil, si importants en médecine privée, se posent également, si pas davantage, dans la **pratique hospitalière.** Le professeur Dereymacker les a exposés d'une manière remarquable. Il a fait non sans humour l'autocritique du médecin à l'hôpital. Il a insisté sur les difficultés du dialogue médecin-malade en clinique, sur la multiplicité des examens, sur le recours indispensable à la compétence d'autres confrères spécialisés. Il en résulte presque fatalement le danger de voir exagérer le nombre des examens, non pas nécessairement par esprit de lucre, mais parce qu'on obéit parfois à une certaine routine contre laquelle il n'est pas toujours facile de réagir. Il y a lieu d'ailleurs de tenir compte des nécessités de la recherche scientifique médicale qui peut justifier des examens complémentaires, à la condition cependant qu'ils ne constituent pas un danger pour le malade. Il a terminé par un aperçu sur l'humanisation de la Médecine. Il est indispensable d'améliorer l'accueil des malades dans les cliniques et les hôpitaux, de réduire une promiscuité souvent pénible dans les salles d'hôpital. Il a enfin insisté sur la nécessité des contacts du médecin chef de service avec la famille et avec le médecin traitant.

L'EVOLUTION DE LA MEDECINE

La Médecine a évolué de manière si prodigieuse que ceux qui ont commencé leur vie professionnelle il y a quelque 30 ou 40 ans ont parfois peine à la reconnaître ou à s'y adapter. Alors que jadis un médecin, ayant acquis une bonne formation de base, pouvait suivre l'évolution de la science médicale grâce à un travail régulier, qu'il pouvait dans de nombreux cas assumer seul le traitement des malades qui se confiaient à lui, aujourd'hui, dès qu'il se trouve devant un cas difficile, il lui est indispensable d'appeler à son aide des confrères, ou d'envoyer son malade en observation dans un service clinique. Là, c'est souvent toute une équipe médicale qui devra procéder à de nombreux examens avant de pouvoir préciser le diagnostic et le traitement.

LE DIALOGUE ?

Que devient dès lors le dialogue médecin-malade, que devient le colloque singulier, cher à Duhamel, et que ceux de ma génération ont considéré comme une des conditions essentielles de la pratique médicale ?

Au cours de ces exposés, vous entendrez sans doute parler de médecine d'équipe et de médecine de groupe et vous aurez peut-être une idée de ce que sera la médecine de demain. Mais quelle que soit l'évolution de la Médecine dans l'avenir, il n'en restera pas moins que dans de nombreux cas le premier contact entre un malade et son médecin sera un contact privé. C'est de celui-là que je voudrais vous parler.

LA CONFIANCE

Il paraît banal de dire que lorsqu'un malade s'adresse à un médecin, l'élément essentiel qui doit permettre un dialogue fructueux, c'est **la confiance.** Or, celle-ci ne se commande pas, elle présume pour s'établir et surtout pour se maintenir certaines conditions indispensables sur lesquelles il me paraît nécessaire de m'étendre quelque peu.

LE LIBRE-CHOIX

La première de ces conditions, qui est à la base même de ce que l'on a appelé la charte médicale, c'est le **libre choix** du médecin auquel on confie un des biens les plus précieux que l'on possède, la santé.

NECESSITE DU LIBRE CHOIX

Ce problème du **libre choix intéresse** sans aucun doute et avant tout la liberté de la personne humaine, mais il touche aussi à la liberté de la médecine et comme tel, il constitue pour nous médecins, un des problèmes principaux de l'heure présente.
Si nous acceptons que la médecine perde cette liberté qui a été pour une large part la raison de son essor et de ses progrès, si nous acceptons que l'Etat la règlemente dans tous ces domaines et que dans les jours à venir, les médecins ne soient plus que des fonctionnaires, alors, soit, inclinons-nous, laissons tomber le libre choix.

Mais si nous pensons que l'exercice d'une bonne médecine ne peut se régler et se diriger comme une administration, que brimer sa liberté, c'est porter atteinte à son sens profond, à l'atmosphère de confiance sans laquelle elle ne peut être vraiment efficace, à son plein développement qui exige de ceux qui la pratiquent un don total d'eux-mêmes, alors notre devoir est de la défendre.

LIBRE CHOIX ET DEVOIR SOCIAL

Sans doute, comme médecin, nous avons un **devoir social** à remplir et nous n'y faillirons pas ; nous sommes prêts à nous rallier à toute organisation de la médecine qui lui permette à la fois de s'adapter au mieux-être social de toute la population, tout en sauvegardant les droits essentiels de la liberté humaine. Il est faux de dire qu'il est impossible d'organiser la médecine de demain sans supprimer la liberté.

Comment faut-il comprendre le libre choix, comment peut-il s'appliquer au mieux des intérêts des malades, des médecins et surtout d'une bonne médecine ? Il n'est pas difficile de le définir. **C'est la faculté laissée à chacun de choisir librement son médecin.**

Ce principe doit évidemment s'appliquer tout d'abord au choix du médecin de famille ou du médecin traitant.

MEDECIN-TRAITANT

Dès que lui-même ou l'un des siens est atteint d'une affection grave, l'individu désire faire appel au médecin en qui il a confiance. A une époque où l'on met en honneur la médecine psychosomatique, où l'on sait l'influence énorme que le psychisme peut avoir sur l'état physique, n'est-il pas évident qu'il faut tout mettre en œuvre pour que le malade ait confiance en son médecin. C'est la condition première d'une bonne médecine. La confiance seule ne peut évidemment pas guérir telle ou telle affection grave, mais elle contribue à rendre le terrain favorable ; elle est parfois le premier pas vers la guérison.

A première vue cette question du libre choix paraît très simple. On choisit son médecin. Mais **pourquoi et comment le choisit-on ?**

Imaginons la situation dans une ville comme Bruxelles ou dans toute autre ville où il y a de nombreux médecins praticiens. Si l'on n'en connaît personnellement aucun, on suivra le plus souvent le conseil d'un ami, on entendra dans son entourage vanter les mérites d'un tel ou d'un tel, et puis quand la nécessité s'en fera sentir, on fera appel à celui qui paraît le plus apte et le plus compétent. Sans doute, les garanties d'un choix heureux ne sont pas à première vue très grandes et au départ, il y a des risques certains. Mais si l'on a un peu de jugement et de psychologie, il ne faut pas longtemps pour apprécier les qualités essentielles d'un homme. Le **dévouement** se mesure très vite. Il ne suffit pas, sans doute, mais il est cependant une condition première. La **confiance** est quelque chose de spontané, qui ne se commande pas, qui nait souvent sans qu'on sache exactement pourquoi, qui peut tromper, mais moins souvent qu'on ne le pense. Mais il y a surtout, dès qu'il s'agit d'une maladie grave, de soi-même ou de l'un des siens, ce contact quotidien qui permet assez vite, dans nos milieux du moins, d'apprécier non seulement le savoir-faire, mais la science et l'intelligence.

Heureux ceux qui ont près d'eux, aux heures graves, un médecin honnête, capable et dévoué, qui est à la fois un ami, un conseiller et un soutien.

Si l'on ne peut assez insister sur l'importance du libre choix lorsqu'il s'agit du médecin de famille ou du médecin traitant, le problème se pose aussi lorsqu'il s'agit d'un **spécialiste** et même lorsqu'il s'agit du choix d'une **clinique** ou d'un **Institut ;** mais dans ce domaine, il est cependant moins impératif. Car le médecin de famille est celui à qui l'on a recours dans d'innombrables circonstances ; pour lui, on n'a peu ou pas de secret, il est mêlé à combien de drames intérieurs, il connaît bien des circonstances de la vie quotidienne. Il sera appelé souvent à donner des conseils qui engagent l'avenir et il aura à prendre sur lui de lourdes responsabilités.

LES ERREURS POSSIBLES DANS LE CHOIX

Oh, je sais bien que l'on objectera avec raison que dans le choix que l'on fait, on peut se tromper, qu'on n'ira pas toujours au meilleur. Nous voyons cela tous les jours et pas seulement dans les milieux peu cultivés et moins aptes à juger de la valeur d'un homme, mais même parmi les intellectuels. Voyez le succès des guérisseurs, des radiesthésistes de tout poil, ou même de certains médecins malhonnêtes qui exploitent la crédulité des gens. Mais parce qu'une liberté est mal comprise ou mal utilisée par certains, faut-il la supprimer pour tous et cela peut-il diminuer en rien la valeur d'un principe ? D'ailleurs croyez-vous qu'on persiste longtemps dans de pareilles erreurs, croyez-vous que les fausses réputations résistent à l'épreuve des faits, croyez-vous, surtout lorsqu'il s'agit d'affections graves, qu'on ne découvre pas très vite la valeur de celui à qui l'on se confie ?

LES DEVOIRS DES MEDECINS

Dans ce domaine aussi d'ailleurs, nous avons, nous médecins, de **graves devoirs.** C'est à nous à veiller à ne jamais trahir la confiance de ceux qui viennent à nous, c'est à nous à rester toujours à la hauteur de notre tâche, car quand on a la responsabilité de la santé et de la vie de ses semblables, on ne pourrait jamais faire assez d'efforts pour être digne d'une pareille mission.

Mais la science de chacun a des bornes, variables chez l'un et chez l'autre. Ce qui importe avant tout pour être un bon médecin, c'est de posséder sans doute cet esprit de travail, cette curiosité scientifique qui le stimule à suivre les progrès incessants de la médecine, mais c'est aussi de savoir reconnaître avec suffisamment de loyauté et de modestie les limites de son savoir. Le malade qui se confie à un pareil médecin est en de bonnes mains. Si son cas est grave et exige le recours à d'autres compétences, il sait que tout sera mis en œuvre pour le guérir ou le soulager.

LE LIBRE CHOIX DU SPECIALISTE

Je disais il y a un instant que l'on doit pouvoir choisir son médecin, non seulement lorsqu'il s'agit du médecin traitant, mais aussi lorsqu'il s'agit d'un **spécialiste.**
Le problème paraît ici moins important, d'une part parce que dans bien des cas, les soins d'un spécialiste sont limités dans le temps, d'autre part parce que le spécialiste pénètre habituellement moins que le médecin traitant dans l'intimité de la vie quotidienne. Mais cependant, en y réfléchissant bien, le problème est grave aussi.
Comment admettre que l'on ne puisse choisir le chirurgien auquel on confie sa vie, l'oculiste que l'on va consulter, non pas pour qu'il vous prescrive des verres, mais parce que la cécité vous menace, le psychiatre de qui l'on espère aide et assistance parce qu'on redoute de voir sombrer son énergie devant la menace de telle ou telle psycho-névrose. Dans tous les domaines importants de la médecine, le principe de la liberté humaine doit rester intangible. Il faut que chacun puisse choisir celui à qui il veut confier sa santé.

LES LIMITES DU LIBRE CHOIX

Mais quoique l'on fasse, le libre choix du médecin ne sera jamais absolu ; c'est impossible et il a des limites qu'il nous faut admettre. Tout d'abord du fait même de certaines circonstances de lieu. Dans certains villages, il n'y a qu'un seul médecin et il peut être très difficile de faire appel à un autre. Pareille éventualité est rare sans doute, vu la facilité actuelle des moyens de transport, mais elle existe et il faut s'y résigner, Ce n'est pas le principe qui est en cause ici, ce sont les circonstances que l'on ne peut changer. Je ne crois pas qu'il faille s'arrêter à ces cas d'exception.

Le libre choix est limité également dès que le malade entre en clinique et doit être examiné par divers spécialistes. C'est un aspect du problème dont vous parlera sans doute le professeur Dereymacker. Il peut être également limité dans certains cas particuliers, tels que les accidents du travail, les accidents de la route ou en médecine préventive.

LE SECRET MEDICAL

Une seconde condition qui est également indispensable pour maintenir la confiance, c'est la garantie du **secret médical.**
Je ne vais pas m'attarder à vous en parler et il paraît à peine nécessaire d'en souligner l'importance. Il est à la base de la confiance que le malade doit avoir en son médecin et sans elle, il n'est pas de bonne médecine possible.

La garantie du secret médical permet au médecin de pénétrer dans l'intimité d'une conscience, car ce ne sont pas toujours les misères du corps qui lui sont confiées, mais celles d'une âme humaine aux prises avec les luttes et les difficultés quotidiennes. Révéler à d'autres ce que le médecin a appris parce qu'un malade dans sa détresse morale a eu besoin de son aide, c'est attenter à la dignité de la personne et c'est léser gravement le principe de charité qui nous interdit de faire du tort à notre prochain.

Dans la pratique quotidienne, il est habituellement assez facile à observer, tant que l'acte médical se limite au colloque singulier, mais quel problème plus complexe ne pose-t-il pas dans la médecine de clinique ou d'hôpital. Sans doute, lorsque le malade est traité en clinique, tous ceux qui l'approchent, médecins ou infirmières sont tenus au secret absolu. Bien des choses restent à faire cependant pour améliorer la situation actuelle et le professeur Dereymacker vous en parlera sans doute tout à l'heure. Mais que dire dès que l'on pénètre dans le domaine de la médecine sociale ? La solution idéale n'est certes pas facile à trouver et il nous appartient de travailler de notre mieux à la résoudre pour le bien commun.

Sans doute les conditions dont je viens de parler sont-elles indispensables pour créer un climat de confiance entre médecin et malade, mais elles ne suffisent pas. Il faut encore que le médecin comprenne cette psychologie spéciale du malade que le P. Troisfontaines nous a si bien décrite hier.

L'ACCUEIL DU MALADE

Comprendre le malade qui vient à son médecin, souvent avec quelle angoisse, n'est-ce pas avant tout l'**accueillir** comme il souhaite l'être.

On ne saurait assez insister sur l'**importance de l'accueil,** quelle que soit l'affection dont un sujet est atteint, qu'il s'agisse d'une maladie organique ou de l'un ou l'autre de ces innombrables troubles fonctionnels qualifiés de névrose. Comment veux-t-on que la confiance s'établisse si le malade a l'impression que le médecin auquel il s'adresse ne peut lui consacrer le temps nécessaire, s'il l'écoute distraitement, comme s'il avait hâte de voir se terminer le dialogue, parce que d'autres occupations pressantes l'attendent ? Oh, ce n'est guère facile et il faut souvent bien de la patience.

J'imagine tel malade qui entre dans mon cabinet de consultation après une longue après-midi au cours de laquelle de nombreux malades ont défilé. Il est tard déjà et bien d'autres tâches m'attendent. Et je vois le patient tirer de sa poche une série de

feuilles sur lesquelles il a tout inscrit, pour ne rien oublier. C'est presque toujours un névropathe, un scrupuleux, un anxieux. Il faut alors écouter avec patience l'énumération d'innombrables symptômes dont la plupart n'ont aucune gravité. L'attitude même du malade permet déjà le diagnostic. Et si parfois, même en dominant son impatience, on essaye d'abréger, c'est une vaine tentative, il faut écouter jusqu'au bout.
Savoir **écouter avec patience,** quelle qualité primordiale pour un bon médecin et quelle condition nécessaire pour créer l'atmosphère de confiance.

L'INTERROGATOIRE

Mais il faut **interroger** aussi, et bien interroger c'est également tout un art. Savoir poser les questions nécessaires sans cependant heurter la susceptibilité du malade, sans éveiller en lui des craintes sans vouloir dès l'abord forcer le secret de sa conscience, mais savoir attendre que l'atmosphère de confiance soit telle qu'il puisse décrire librement ses douleurs physiques ou ses souffrances morales.

L'EXAMEN

Le dialogue, pour important qu'il soit, ne constitue en quelque sorte qu'un premier acte et doit nécessairement être suivi de **l'examen clinique.** S'il est de première importance dans toute affection organique, il ne l'est pas moins dans les cas de névrose. Sans doute, en pareil cas ne fera-t-il rien découvrir, mais il constitue un élément qui contribue à rassurer le malade.
De même que dans l'interrogatoire, il faut éviter tout ce qui pourrait heurter ou froisser le patient. Ce n'est agréable pour personne de se déshabiller, même devant son médecin, que ce soit moralement ou physiquement. Limitons-nous donc à ce qui est indispensable et sachons en toutes circonstances respecter la dignité de la personne.

L'examen clinique constitue évidemment l'élément principal de l'acte médical. Dans un certain nombre de cas, il permettra déjà de poser un diagnostic. Dans d'autres, des examens complémentaires devront être pratiqués. S'il est de notre devoir de le faire, limitons-nous cependant à ceux qui nous paraissent vraiment nécessaires.

Il est évident que dans les cas complexes, une mise en observation en clinique peut s'imposer. Il nous appartient de la conseiller et de le faire de telle manière que cette nécessité ne provoque pas chez le malade de crainte excessive.

QUE FAUT-IL REVELER ?

Que ce soit dès notre premier examen ou plus tard, le moment viendra où le diagnostic sera posé. **Que faut-il révéler au malade ?**

S'il s'agit d'une **affection sans gravité,** et il en est beaucoup heureusement, il n'y a aucune raison de ne pas lui dire l'entière vérité. Il m'est facile de vous en donner quelques exemples dans un domaine qui m'est propre. Pourquoi en effet ne pas révéler à un malade qu'il souffre de sciatique, de névrite, de douleurs rhumatismales ; ou dans un autre domaine, qu'il est atteint de diabète, qu'il a un ulcère à l'estomac et que de ce fait, il doit suivre un régime particulier.

D'autres cas sont déjà plus graves, soit parce qu'ils exigent un traitement très prolongé, soit davantage parce que la guérison complète ne peut être espérée. C'est ainsi qu'il nous faudra souvent révéler à un épileptique la nature de sa maladie tout en lui donnant l'espoir de voir s'atténuer ou même disparaître ses crises s'il suit régulièrement le traitement prescrit. Il est aussi le plus souvent vain de dissimuler à un malade qu'il est atteint de maladie de Parkinson, mais on peut lui affirmer la possibilité d'améliorer ses symptômes dans une certaine mesure.

Mais que dire en cas de **maladies graves** pour lesquelles nous ne possédons pas à l'heure actuelle de traitement efficace ?

Un exemple, toujours dans le domaine des affections du système nerveux. La sclérose en plaques dont vous savez sans doute la fréquence et la gravité et qui frappe souvent des sujets jeunes, entre 25 et 40 ans. Personnellement je crois, qu'au début du moins, la charité bien comprise doit nous faire temporiser. Il sera toujours temps plus tard de faire entrevoir la vérité, lorsque l'affection se manifestera dans toute sa gravité. Il arrive d'ailleurs que le malade ait pressenti la nature de son mal et qu'il nous fasse part de ses craintes. A ce moment-là, on n'a plus le droit de lui cacher la vérité, mais on peut cependant s'efforcer de le rassurer dans la mesure du possible en insistant sur le fait qu'il existe des cas relativement bénins qui se stabilisent sans que persistent de graves symptômes.

Combien d'autres exemples ne pourrais-je donner encore, qu'il s'agissent de maladies du système nerveux ou d'autres affections.. Je songe à toutes les variétés de cancer, aux cardiopathies, à certaines maladies du sang, aux affections dégénératives ou héréditaires. La liste en est longue, malgré les énormes progrès réalisés par la médecine moderne. Dans tous ces cas, la conduite à tenir est extrêmement variable et il est impossible de fixer des règles précises.

Par contre, il est évident que dès qu'un **malade est en danger,** notre devoir est de l'avertir. Il dépendra de nous de le faire avec tact et charité.

LES NEVROSES

A côté de ces affections organiques, innombrables sont les cas de névrose. Les anxieux, les phobiques, les scrupuleux, les déprimés, forment une partie importante des malades qui consultent aussi bien l'omnipraticien que le neurologiste ou le psychiâtre. Ce serait une erreur psychologique de leur dire après les avoir examinés qu'ils n'ont rien, que leur mal est imaginaire, qu'il leur suffirait d'avoir un peu d'énergie ou de volonté pour dominer leurs symptômes. Pareille affirmation est de nature à leur enlever toute confiance et même à aggraver leur mal. Car la névrose d'angoisse est une véritable maladie même si elle ne se traduit par aucun symptôme organique. Les facteurs psychologiques y jouent certes un rôle dominant et ce n'est pas le moment de m'attarder à vous les décrire. Mais ne fait pas de l'angoisse qui veut et presque toujours ces malades souffrent d'un véritable déséquilibre neuro-végétatif. Il est bon de le leur dire, car cela les rassurera déjà de savoir que dans leur cas, tout n'est pas psychique, et à côté de la psychothérapie indispensable, il faut évidemment donner un traitement de base, à la fois contre l'anxiété et la dépression.

Je pourrais m'étendre longuement sur les innombrables aspects des problèmes que je viens d'évoquer, mais il faut bien que je me limite. Ils seront repris sans doute encore dans les exposés qui vont suivre.

Ce qui importe avant tout, c'est qu'en quittant son médecin, le malade se sente, si pas complètement rassuré, en tout cas réconforté, qu'il ait l'impression d'être vraiment pris en main, qu'il sache qu'il peut compter sur lui pour le conseiller et le diriger.

LES HONORAIRES MEDICAUX

Enfin pour terminer, je veux aborder encore brièvement une question infiniment délicate, celle des **honoraires médicaux en pratique privée.**

Oh je sais bien les reproches qu'on nous fait souvent et qui sont parfois justifiés. Les médecins gagnent bien leur vie, dit-on, et c'est vrai, si pas pour tous, du moins pour un certain nombre d'entre eux. Mais songe-t-on, quand on leur en fait grief, aux longues études qu'ils ont dû faire avant d'acquérir leur diplôme : 7 ans de médecine, suivis souvent de 4 à 6 ans de spécialisation. Savez-vous qu'un chirurgien ou un interniste commence sa vie professionnelle à plus de 30 ans, que les premières années sont

difficiles et qu'il a souvent peine à joindre les deux bouts. S'il est indépendant, au cours des années qui suivent, il doit non seulement faire vivre les siens, assumer des dépenses professionnelles considérables, mais aussi épargner en prévision du moment où l'âge et la fatigue l'obligeront à abandonner son travail.

Vous représentez-vous ce qu'est **la vie d'un omnipraticien** qui est sur la brèche nuit et jour, qui doit en plus d'une vie professionnelle épuisante, se tenir au courant de l'évolution prodigieuse de la médecine. Que lui reste-t-il de temps à consacrer à sa famille, en dehors des brèves périodes de vacances ?

Savez-vous ce qu'est la **vie d'un chirurgien** lorsqu'il n'a pas, comme c'est le cas dans les grands centres, toute une équipe chirurgicale qui l'assiste et qui peut éventuellement le remplacer. J'en sais, même à notre époque, où les loisirs sont à l'honneur, qui ne connaissent que rarement la détente d'un vrai week-end. Je pratique la médecine depuis 50 ans et ma vie professionnelle est proche de son terme ; j'ai eu la joie et l'honneur de contribuer à la formation de près de la moitié des médecins de ce pays. Au cours de cette longue carrière, au hasard des consultations avec des confrères, j'en ai connu sans doute dont la vie était centrée davantage sur l'intérêt que sur le dévouement. Mais je crois que ceux-là sont rares, ils ont trahi leur vocation. A côté d'eux, combien n'en ai-je pas rencontrés, de ces médecins praticiens, prodiguant sans compter leur temps, leur science, leur dévouement et jusqu'à leur santé. Ceux-là sont l'honneur de la médecine et Dieu veuille que nombreux soient nos jeunes confrères qui s'efforcent de suivre leur exemple.

« La médecine, écrit Duhamel dans son livre « Paroles de Médecin » contraint l'homme à regarder l'homme, à le regarder de près, à le toucher, à explorer les replis, les cavités et les blessures de son corps infirme et c'est ainsi qu'elle développe et qu'elle entretient dans le monde misérable le nécessaire miracle de la sympathie rédemptrice.

La médecine enseigne à voir les hommes et elle nous les montre presque toujours en état de crise. La naissance, la souffrance, la mort, les drames infinis qui précèdent, qui accompagnent ou qui suivent ces grands événements, voilà donc le spectacle ordinaire du médecin.

L'empreinte médicale est indélébile. Elle est marquée aussi profondément que l'empreinte ecclésiastique. Je ne connais point de défroqués de la médecine. Le clerc qui a quitté la maison y retourne toujours avec aisance et avec plaisir. Il sait qu'il ne peut pas, quoiqu'il pense et quoiqu'il fasse, ne pas agir et penser en médecin. Chaque parole qu'il prononce est, qu'il le veuille ou

non, une parole de médecin. Il garde au fond de lui-même le goût de soigner et le besoin de guérir. Dans son cœur, il ne renonce jamais à ses privilèges, parce que ces privilèges sont des obligations, ni à se pouvoirs, parce que ces pouvoirs sont d'abord des devoirs. »

Dans le troisième tome des « Hommes en Blanc », d'André Soubiran, dont le titre est si merveilleusement évocateur, « Le Grand Métier », le Dr Delpuech fait à son remplaçant sa profession de foi : « Nous au moins, nous avons cette chance, que jamais, notre métier ne pourra devenir tout à fait du métier. A tout moment, c'est une situation nouvelle, une responsabilité nouvelle, une bataille où l'on se sent solidaire, où il faut s'engager tout entier, et c'est pour cela sans doute que, malgré le surmenage, le cycle infernal des repas décalés, oubliés, des nuits blanches où l'on s'encourage en se disant : « Je mangerai mieux ce soir, je dormirai un peu mieux la nuit prochaine », on tient tout de même et jusqu'à la fin on recommence. »

J'ai, un jour, eu l'audace dans une conférence de faire l'éloge de la médecine. C'était il y a près de 20 ans. Ce que je disais alors en terminant, je crois pouvoir le répéter en conclusion de cet exposé. « La Médecine restera demain ce qu'elle était hier et ce qu'elle est aujourd'hui, si tous ceux qui ont la responsabilité de la santé veulent bien comprendre qu'elle ne peut vivre dans sa plénitude sans la liberté, la confiance et le secret médical, et si nous médecins, fidèles aux principes qui nous ont été légués, nous poursuivons notre route, avec cet enthousiasme de la science et du travail sans lequel aucun progrès n'est possible, mais aussi avec au fond du cœur cet esprit de devoir et de charité qui nous aidera à vaincre les dangers et les tentations de la vie. C'est lui qui nous donnera jour après jour le courage de mieux servir et qui deviendra, Dieu le veuille, notre raison d'espérance à l'heure où nous terminerons notre tâche. »

un centre d'informatique médicale à l'u. c. l.*

En novembre 1968, le Conseil de la Faculté de Médecine a ratifié la proposition du Centre Médical concernant la création d'un Centre d'Informatique Médicale.

Il a été d'emblée conçu comme une équipe de travail multidisciplinaire. La coordination des activités médicales a été confiée au Professeur J. J. HAXHE et celle des activités administratives à M. J. MASSION. Il comprend actuellement en plus des coordinateurs, deux mathématiciens et un médecin.

Le C.I.M. a été créé dans le cadre de la programmation générale des nouvelles Cliniques Universitaires de Bruxelles 15 (Woluwé-Saint-Lambert). Il a pour mission de concevoir, d'analyser et de programmer les différents circuits d'informations qui constituent le réseau vital de l'hôpital, en vue de leur traitement progressif par ordinateur. La gestion et l'organisation hospitalières ont reçu la priorité. D'un point de vue plus spécifiquement médical, le Centre a proposé l'unification des documents médicaux « papiers » comme étape préalable à une sélection des informations cliniques sur ordinateur.

Le C.I.M. est aussi chargé de l'enseignement de l'informatique au sein de la Faculté de Médecine. En plus d'un cycle de 15 séminaires, plusieurs conférences ont eu lieu l'an dernier, aux Cliniques Saint-Pierre de Louvain. Parmi celles-ci, il faut citer les exposés des Docteurs W. SCHWARTZ (Tufts University, Boston), PAGES (Paris) et NORLANDER (Stockholm). Dans ce sens le C.I.M. sert de soutien logistique du point de vue informatique pour la Faculté de Médecine. Le développement de la recherche médicale par les méthodes scientifiques créées grâce aux ordinateurs reste un des soucis majeurs de ce Centre Universitaire. Malheureusement, il n'existe pas encore d'entente interuniversitaire belge ou de subsides ministériels permettant l'éclosion de telles recherches. Le C.I.M. en est réduit, dès lors, à susciter le plus de collaborations possible entre chercheurs de disciplines différentes de l'U.C.L., spécialement entre la Faculté de Médecine et celles de Sciences (Institut de Mathématiques), de Sciences Appliquées, l'institut de Sciences Economiques et l'Institut des Langues. Il n'est peut-être pas illusoire de croire, en effet, que la difficulté de modifier certaines habitudes des hommes reste plus insurmontable pour progresser que celle de trouver des subsides, une fois la cause entendue.

---

* Extrait des cahiers de Galilée.

médecine et informatique

La médecine est considérée comme l'art de soigner les malades. Elle a aussi pour mission de prévenir les maladies. Jusqu'à présent elle est restée plus curative que préventive, plus défensive qu'offensive. Sa méthodologie repose sur des bases scientifiques.

L'informatique est née à la suite du développement d'un nouvel instrument de travail, l'ordinateur. Elle a pour objet le traitement logique et automatique des informations. Celles-ci peuvent être placées dans des réseaux aux interconnexions multiples, à la manière des impulsions électriques du système nerveux. L'ordinateur est appelé à prolonger le travail du cerveau humain comme l'industrie a, au début du siècle, automatisé le travail musculaire de l'homme.

L'irruption de l'informatique en médecine provoque une rencontre inattendue d'humain et d'inhumain. Elle demande aux médecins d'admettre la collaboration dans leur travail de compétences extra-médicales. Elle oblige les mathématiciens à passer des satisfactions de la théorie aux contacts parfois déconcertants avec la réalité.

A. DOMAINES DE L'INFORMATIQUE MEDICALE

Il ne saurait être question dans ce bref aperçu de décrire dans le détail les principaux domaines abordés par l'informatique médicale. Nous nous bornerons à commenter quelques exemples particulièrement significatifs (cfr. tableau page 2).

1. Les prestations de soins.

Le médecin garde l'entière responsabilité de ses malades. Il peut se faire aider par des moyens informatiques, mais non être remplacé par un ordinateur. Remarquons cependant que le traitement automatique d'interrogatoires de malades, d'examens complémentaires comme l'électrocardiogramme, ou de certaines thérapeutiques est en train de bouleverser le rôle des spécialités et le nombre des spécialistes. Les cardiologues par exemple, sont dans une position plus inconfortable que les chirurgiens orthopédistes dont le geste reste non-automatisable actuellement...

2. La gestion.

Les applications administratives et comptables ont été les premières à faire leur apparition en médecine. La prise en charge par des machines électroniques de tout le travail administratif répétitif déchargera les médecins d'une besogne ingrate. Elle leur permettra vraisemblablement de consacrer plus de temps au dialogue médecin-malade.

L'hôpital peut être considéré comme une entreprise de soins. Comparativement aux entreprises industrielles, l'organisation sanitaire n'a malheureusement été l'objet que d'un nombre encore très restreint d'études sociales et économiques. Au XIXe siècle, les chronomètres ont mesuré le temps de travail des ouvriers. Qui connaît le nombre de besognes mal réparties actuellement dans les hôpitaux ? (1).

Avant de se lancer dans l'élaboration de budgets prévisionnels, il convient de rassembler d'abord les données élémentaires... Une autre différence fondamentale entre l'entreprise de soins et l'entreprise industrielle réside dans le fait que les informations administratives en médecine ne sont qu'un sous-produit des actes de santé. Vouloir appliquer les solutions industrielles ou commerciales à la médecine risque de ne résoudre que des difficultés quantitatives. L'optimalisation des soins de santé sur le plan de la gestion demande une optimalisation qualitative des actes médicaux. Comment résoudre cette difficulté sans une collaboration étroite entre médecins, mathématiciens et autres compétences, en fonction d'une vision globale ?

3. La documentation automatique.

Les relevés bibliographiques médicaux sont souvent cités en exemple. Le recensement de l'Index Medicus, des MEDLARS ou des Excerpta Medica se font depuis plusieurs années à l'aide d'ordinateurs.

Le traitement automatique des dossiers médicaux est devenu indispensable étant donné l'augmentation de volume des dossiers papiers et la complexité croissante des informations cliniques. De nombreuses expériences sont en cours actuellement. Les méthodes informatiques actuelles (étude des langages, reconnaissance de formes...) ne semblent pas encore satisfaisantes pour résoudre les problèmes du stockage et du repérage d'une telle masse d'informations. Une autre difficulté subsiste : l'absence de standardisation des termes médicaux et le manque de précision des médecins dans la rédaction des dossiers. La qualité de la sélection des informations conditionne la valeur de leur traitement automatique.

4. La recherche médicale.

L'informatique permet trois types de recherches en médecine :
a. *La recherche statistique.* L'ordinateur n'est recommandé que si cette recherche porte sur des effectifs importants (± 300 cas) ; sinon les machines classiques peuvent encore être utilisées.

b. *La recherche bio-mathématique.* Elle concerne surtout les recherches physiologiques et microbiologiques. A l'étranger ce sont des médecins licenciés en sciences mathématiques capables de manipuler avec aisance les théories compartimentales, les simulations, ou les modèles mathématiques qui dirigent ce genre de laboratoires.

c. *La recherche informatique* (proprement dite). Il s'agit des recherches utilisant des méthodes créées grâce aux ordinateurs. La recherche opérationnelle ou stratégie visant à optimiser des décisions est de plus en plus utilisée en santé publique, par exemple dans la lutte antituberculeuse dans les pays en voie de développement. La reconnaissance de formes par apprentissage ne sert pas seulement à l'interprétation d'images de radar ou aux prévisions météréologiques. Elle compte parmi ses applications médicales la reconnaissance des ECG, des EEG, des scannings, des caryotypes, les réponses de centres anti-poisons, l'analyse de contenu des dossiers médicaux, etc...

5. L'enseignement programmé.

Cette forme d'enseignement individuel, actif, ajusté à l'élève ne doit pas être confondu avec le simple contrôle de connaissances par un ordinateur. Elle suppose un véritable dialogue homme-machine à l'aide d'un terminal (simple machine à écrire ou écran catholique). Le programme d'enseignement y est pondéré de manière telle que l'élève ne doit pas seulement faire preuve de connaissances ; l'ordinateur enseigne des matières et le jugement de l'élève est sanctionné immédiatement en fonction de la gravité des erreurs.

L'étude du chemin critique dans l'élaboration des diagnostics et la simulation de cas sont largement subsidiées à l'étranger (1).

B. ORIGINALITE DE L'INFORMATIQUE MEDICALE.

1. Universalité de l'informatique médicale.

Les informaticiens découvrent aujourd'hui que la médecine devient le terrain le plus universel de l'informatique. Contrairement à l'industrie qui utilise surtout l'informatique de gestion, ou aux

(1) L'on y voit couramment le nom d'un malade transcrit près de 77 fois manuellement au cours d'une semaine d'observation ! (Enquête publiée dans la Revue Médicale Belge).

centres d'énergie nucléaire qui développent presqu'exclusivement l'informatique de recherche, elle permet d'aborder globalement des domaines complexes isolés ailleurs. L'universalité de l'informatique médicale est probablement le caractère qui la différencie le plus des autres branches de l'informatique.
Une même prestation de santé enregistrée à la source, c'est-à-dire captée là où elle naît (au laboratoire pour la biologie, au lit du malade pour la clinique) peut non seulement donner comme sous-produit des informations administratives ou comptables, mais aussi être stockée dans des banques de données, indispensables aux développements de la recherche médicale et au réajustement de l'enseignement.

2. Voie analytique et voie synthétique.

Ce caractère universel est tout particulièrement enrichi par les développements scientifiques et techniques qui ont transformé la pratique médicale de ces dernières années. En médecine, plus qu'ailleurs, la profession s'est hyperspécialisée. Les informations médicales sont devenues de plus en plus fragmentaires, multiples et complexes. Il s'agit d'avantage d'un émiettement des connaissances que d'un éclatement de la médecine en de multiples spécialités. L'être humain parvient de plus en plus difficilement à intégrer cette masse de connaissances chaque fois plus élémentaires, plus quantifiables, et plus précises, c'est-à-dire de plus en plus proches de l'informatique. L'ordinateur vient au moment opportun pour prolonger la mémoire de l'homme. Il aide le chercheur dans son analyse, dans sa dissection logique de la réalité. Mais il devient aussi l'instrument indispensable à la découverte des interconnexions des réseaux d'informations élémentaires. Comme la santé résulte d'un équilibre dû à l'intégration d'unités infinitésimales, biochimiques, physiologiques, psychiques et sociales, la voie synthétique de l'informatique appliquée à la médecine n'est-elle pas particulièrement destinée à être féconde ?

3. Extension des responsabilités en médecine.

« La profession médicale n'a pas seulement la responsabilité de traiter des malades et de prévenir des maladies, mais aussi de faire avancer les connaissances dont les deux dépendent. Cette troisième responsabilité implique un travail d'investigation et d'expérimentation » (R.A. Mc Cance. 1951).
Jusqu'à présent la recherche médicale est restée cantonnée dans les universités dont c'était le rôle propre. Avec l'informatique, elle est brusquement étendue à chaque médecin qui reçoit le moyen d'élever ses actes de routine au plan de la recherche scientifique. Il devient possible de confronter la pathologie

livres que avec l'expérience concrète des médecins. Bien plus, la méthodologie de la recherche étant restée encore très empirique, les méthodes informatiques permettent une rationalisation et une optimalisation des informations, inimaginables antérieurement.

Ne sommes-nous pas au seuil d'une véritable mutation de la médecine ? L'informatique y provoque une brusque extension du réseau des connaissances émiettées de l'être humain. Elle se caractérise par la vitesse de réponse aux questions posées. Elle implique un travail d'équipes multidisciplinaires où les médecins ont un besoin urgent de collaborer avec les mathématiciens. Le rôle des universités dans ce sens paraît primordial.

F. H. ROGER.

---

(2) Cent millions de dollars chaque année pour une quarantaine de projets d'enseignement programmé aux USA. (Le Monde, 18-06-69).

PRESTATIONS DE SANTE
·decine curative et préventive
DE à

REPERAGE de CAS
- check-up
- optimisation des rendez-vous

ANAMNESE
- questionnaires préétablis
- automated medical history
- record linkage

DIAGNOSTIC
- lecture, contrôle, interprétation et transmission de résultats :
  • numériques (biochimie clinique,...)
  • tracés(ECG, EEG)
  • images (caryotypes, frottis vag.,...)
- étude du chemin critique (optimisation de la stratégie diagnostique)
- réévaluation nosologique et semeiologique

TRAITEMENT
- médications incompatibles
- monitoring
- calcul de doses (radiothérapie)

GESTION
ous-produit des actes de santé

STATIQUE
stion administrative et nptable)
- facturation des frais de séjour
- remboursements
- honoraires méd.
- gestion des stocks (pharmacie, économat)

2. DYNAMIQUE
(gestion proprement dite)
- étude de clientèles
- consommation médicale (durée de séjour, occupation des lits)
- organisation des circuits d'information
- rentabilisaion des actes médicaux

DOCUMENTATION AUTOMATIQUE
Prélèvement, stockage, traitement et repérage d'informations

1. DOSSIER MEDICAL
- fiche de sortie
- analyse du contenu, par spécialité

2. BIBLIOGRAPHIE
- médicale :
  • repérage
  • analyse d'articles
- administrative :
  • législative
  • juridique
  • économique

3. NOMENCLATURES
- maladies
- opérations
- médications

RECHERCHE MEDICALE
Equipes multidisciplinaires

1. STATISTIQUES
(effectifs importants
- médicale :
  • enquêtes rétrospect.
  • enquêtes prospectiv.
  • sujets exposés, non exposés
  • études de corrélation
  • études de répartition
- administrative :
  • prévisions organisationnelles

2. BIO-MATHEMATIQUE
- modèles mathématiques
- simulation
- signaux
- compartiments

3. INFORMATIQUE
- recherche opérationnelle
- reconnaissance des formes par apprentissage

ENSEIGNEMENT PROGRAMME
- individuel
- actif
- ajusté à l'élève

1. EVALUATION DES CONNAISSANCES
exercice de contrôle sur une matière enseignée.

2. APPORT DE CONNAISSANCES
enseignement de matières avec contrôle des connaissances.

3. OPTIMISATION de DECISIONS d'après les CONNAISSANCES
étude du chemin critique par simulation de cas.

les groupes balint en belgique (1969-1970)

Les « Groupes Balint » constituent un mode de formation à la psychothérapie destinée principalement aux omnipraticiens, internistesgunécologues et pédiatres. Elle concerne surtout l'approche des maladie fonctionnelles et des maladies psychosomatiques tant sur le plan d diagnostic que du traitement.

Plusieurs possibilités de sensibilisation ou de formation existent actuellement en Belgique.

a) Les week-ends de sensibilisation : Ces week-ends de sensibilisation ne constituent pas en eux-même une formation complète mai une approche intensive et limitée de ce que peut être un group Balint.

Le Docteur LEMOINE, Président de la Société d'Etude du psychodrame Thérapeutique de Paris, dirigera un groupe du samedi 17 janvier à 10 h. au dimanche 18 janvier 1970 à 19 h.

Le Professeur Agrégé GUYOTAT de Lyon, dirigera également u groupe du vendredi 30 janvier à 20 h. 30 au dimanche 1er février 17 h.

S'adresser au Docteur MOREAU, Ottignies.

b) Les groupe réguliers : La plupart des groupes ont une réunion d deux heures par quinzaine.

Le Docteur MOREAU (Ottignies) anime trois groupes :

Ottignies : 1er et 3e vendredi du mois de 21 h. à 23 h.

Bruxelles : 1er et 3e mardi du mois de 21 h. à 23 h.

Hainaut-Centre : 2e et 4e vendredi du mois de 21 h. à 23 h.

Un groupe d'isolés se réunira une fois par mois (4h.) ou une foi tous les deux mois (8 h.) à partir de novembre.

Le Docteur SOURIS (100, rue Belliard, Bruxelles 4) dirigera u groupe à Bruxelles à partir de Novembre 69 (probablement l lundi, le mercredi ou le vendredi dans l'après-midi).

Le Docteur CROUFER (Place du XX Août, 19 à Liège) animera u groupe à Verviers en 1970.

c) Week-end de perfectionnement : Le Professeur et Madame BALINT viendront animer un week-end de perfectionnement du vendredi 21 novembre au dimanche 23 novembre 69, groupe réservé à des médecins ayant participé à un groupe Balint régulier depuis plus d'un an.

d) Groupe de pédiatres : Le Docteur MOREAU prévoit l'ouverture d'un groupe spécialisé de pédiatres et de pédo-psychiatres. Avec l'accord des médecins il sera également ouvert à des psychologues et à des assistantes sociales attachées à des consultations d'enfants. Toutes les possibilités sont ouvertes entre deux heures par par quinzaine et une journée quatre fois l'an.

e) Groupe de médecins hospitaliers : Le Docteur SOURIS prévoit un groupe centré sur la Relation Médecin-Malade en milieu hospitalier. Ce groupe se réunira à Bruxelles dès que le nombre de demande sera suffisant pour constituer un groupe.

Les demandes peuvent être adressées au

Docteur MOREAU, Ottignies,

ou au

Docteur SOURIS,

100, rue Belliard,

Bruxelles 4,

ou au

Docteur CROUFER,

Place du XX Août, 19

Liège.

La Réconciliation
vis-à-vis du Vietnam déchiré, qu'un vrai chrétien doit souhaiter voir réconcilié (Nord et Sud).

La Réconciliation
entre Israël et les pays Arabes (sans tenir compte de nos préférences passionnelles).

La Réconciliation
entre Biafra et Nigéria.

Il y a là, matière à revision de vie pour chacun d'enre nous.

Le véritable esprit de Paix suppose la volonté du pardon et de la réconciliation. Mais il s'agit ici d'une volonté de réconciliation qui doit aller jusqu'à la volonté d'agir collectivement sur les structures nationales et internationales, sans quoi notre objectif « PAIX MONDIALE » ne sera jamais atteint.

La Réconciliation suppose d'abord une information objective des problèmes internationaux.

En résumé, la Campagne pour la Paix menée par PAX CHRISTI insistera sur l'idée de RECONCILIATION au niveau international, sur la nécessité d'une INFORMATION concernant les questions internationales.

Enfin, elle rappellera combien le christianisme est essentiellement la religion de la réconciliation puisque le Christ est venu réconcilier tous les hommes entre eux et les hommes avec le Père.

Nous demandons à tous les militants des Organisations Chrétiennes de soutenir cette Campagne, d'aider si possible à la diffusion des tracts et de recueillir des signatures.